

# **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ**

**Сборник научных трудов  
Республиканской научно-практической  
конференции**

**11 декабря 2009 года**



**Минск БГМУ 2009**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

# АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Сборник научных трудов  
Республиканской научно-практической конференции

11 декабря 2009 года

Под редакцией профессора С. И. Третьяка, профессора Н. В. Завады



Минск БГМУ 2009

УДК 617-036.11-089.87 (082)

ББК 54.54 я 73

А 43

**Актуальные** вопросы экстренной хирургии : сб. науч. тр. Республ. науч.-  
А 43 практ. конф. / под ред. С. И. Третьяка, Н. В. Завады. – Минск : БГМУ, 2009. –  
132 с.

ISBN 978-985-528-067-6.

Содержит статьи по актуальным вопросам экстренной хирургии в Республики Беларусь.  
Предназначен для врачей-хирургов, реаниматологов, научных сотрудников, преподавателей,  
аспирантов, студентов.

УДК 617-036.11-089.87 (082)

ББК 54.54 я 73

Научное издание

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ**

**Сборник научных трудов  
Республиканской научно-практической конференции**

**11 декабря 2009 года**

Под редакцией профессора С. И. Третьяка, профессора Н. В. Завады

Подписано в печать 30.11.09. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 7,67. Уч.-изд. л. 7,57. Тираж 210 экз. Заказ 682.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-528-067-6

© Оформление. Белорусский государственный  
медицинский университет, 2009

2018  
Гольшико П. В., Жандаров К. Н., Савицкий С. Э.,  
Мицкевич В. А., Пыжжевский И. В.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕКТОЦЕЛЕ ПУТЕМ СЛИЗИСТО-ПОДСЛИЗИСТОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ LONGO

Ректоцеле — это патологическое состояние, развивающееся вследствие недостаточности фасциально-мышечных структур задних отделов тазового дна. В настоящее время ректоцеле рассматривают как один из синдромов пролапса тазового дна, включающий в себя: опущение стенок влагалища, цистоцеле, выпадение матки и ректоцеле.

По данным различных авторов (А. М. Аминев, 1971; Г. И. Воробьев, 2001 и др.) ректоцеле различной степени страдает до 70 % женщин в любом возрасте, чаще в пре- и менопаузе. Основными клиническими симптомами ректоцеле являются затруднение при дефекации, необходимость «ручного пособия», неполное опорожнение. В 47–60 % случаев проктогенного колостаз у женщин причиной его является ректоцеле (Р. Voccasanta, 2001).

Существует ряд методик хирургической коррекции этой патологии, их можно разделить на 3 группы:

- чрезвлагалищные (кольпоррафия, сеточная пластика);
- промежностные (передняя леваторопластика);
- трансректальные (резекция избытка слизистой прямой кишки).

Нам представляется перспективным и патогенетически обоснованным использование малоинвазивной методики слизисто-подслизистой резекции прямой кишки методом Longo. По этой методике нами в период с декабря 2008 г. по ноябрь 2009 г. прооперировано 8 больных. Возраст больных — от 34 до 62 лет. Предоперационное обследование включало: сбор анамнеза, ректальное исследование, ректороманоскопию, ирригографию. У всех пациентов кроме ректоцеле был выявлен внутренний геморрой 1–2 ст., а у одной пациентки отмечалось выпадение слизистой прямой кишки. Методика операции практически не отличалась от таковой при геморрои-допексии, однако кисетный шов накладывали на 1,5–2,0 см выше, что позволяло резецировать наиболее расширенный участок кишки. При прошивании передней стенки проводили визуальный контроль со стороны влагалища во избежание сквозного прошивания ректовагинальной перегородки. Длительность операции — 30 минут.

Осложнений во время операции и в ранний послеоперационный период не было. Больные выписаны на 4–5 сутки. В ранние сроки после операции все больные отмечали улучшение: нормализовался акт дефекации, нет запора.

Выводы:

1. Аппаратная слизисто-подслизистая резекция прямой кишки является малоинвазивным и эффективным вмешательством при ректоцеле 1–2 ст.
2. Метод предпочтительно использовать при сочетании ректоцеле с хроническим геморроем и выпадением слизистой прямой кишки.
3. К выбору метода хирургической коррекции ректоцеле следует подходить индивидуально.

2020  
Гольшико П. В., Савицкий С. Э., Жандаров К. Н., Пыжжевский И. В.

## ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Геморрой — наиболее часто встречающаяся патология в колопроктологии. Удельный вес в общей структуре заболеваний прямой кишки составляет 40 %. Геморроем болеют около 12–14 человек на 100. Хирургическая тактика в лечении хронического геморроя является довольно агрессивной, создает неудобства в послеоперационном периоде, требует введения обезболивающих средств, длительного пребывания в стационаре и длительной временной нетрудоспособности. Благодаря развитию новых технологий появилась возможность лечения хронического геморроя малоинвазивными методиками, к которым и относится инфракрасная фотокоагуляция (ИФ) — лазерное излучение.

Цель исследования: определение эффективности и преимущества применения ИФ в лечении неосложненного хронического геморроя.

В УЗ «Гродненская областная клиническая больница» с 01.12.2008 по 30.10.2009 гг. выполнено ИФ 35 пациентам с хроническим геморроем. Женщин было 16, мужчин — 18. Средний возраст — 46 лет. Среди них у 62 % пациентов была диагностирована 1 стадия, у 38 % — 2 стадия заболевания. Основными симптомами заболевания были боль и геморроидальные кровотечения. ИФ проводилась отечественным лазерным медицинским аппаратом «ФОТЭК ЛК-50-2», длиной волны 1,064 мкм, мощностью 5–50 Вт.

Средний койко-день составил 2,4 дня. Средние сроки временной нетрудоспособности пациентов трудоспособного возраста составили 9 дней. В послеоперационном периоде не требовалось назначение наркотических анальгетиков. У 30 пациентов получен хороший результат, что проявилось в полном купировании симптомов. А одному, из-за продолжающихся геморроидальных кровотечений, лечение дополнено лигированием латексными кольцами.

Данная методика удовлетворительно переносится пациентами, минимизирует болевой синдром и дискомфорт, что позволяет им вести привыч-

ный образ жизни во время лечения. Основными преимуществами ИФ являются улучшение качества лечения, сокращение сроков оперативного вмешательства и пребывания больных в стационаре, сокращение сроков реабилитации, что влечет за собой экономическую выгоду.